

**Zur Frage der Probeexcision  
bei Parotistumoren**

von

**GEORG WÜST MANN**

aus Kolberg



Aus der HNO-Klinik  
der Universität Erlangen-Nürnberg  
Direktor: Professor Dr. med. G. Theissing

ZUR FRAGE DER PROBEEXCISION BEI  
PAROTISTUMOREN

Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung der Doktorwürde  
der Hohen Medizinischen Fakultät  
der Friedrich-Alexander-Universität  
Erlangen - Nürnberg

vorgelegt  
von  
Georg Wüstmann  
aus  
Kolberg

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen Fakultät  
der Universität Erlangen-Nürnberg



Dekan: Professor Dr. med. W. Schiefer  
Referent: Professor Dr. med. Gg. Birnmeyer  
Korreferent: Professor Dr. med. G. Theissing

Tag der mündlichen Prüfung: 19. Mai 1971

## Inhaltsangabe

|                                                | Seite |
|------------------------------------------------|-------|
| <u>Problemstellung:</u>                        | 2     |
| A) Anatomie und Topographie der Parotis        | 3     |
| B) Tumoren der Parotis: 1) Adenome             | 8     |
| 2) Mucoepidermoidtumoren                       |       |
| 3) Pleomorphe Adenome                          |       |
| 4) Cy lindrome                                 |       |
| 5) Carzinome                                   |       |
| C) Diagnosestellung                            | 15    |
| D) Problematik der Probeexcision               | 17    |
| 1) Verletzung des N.fazialis                   |       |
| 2) Unzureichendes Biopsiematerial              |       |
| 3) Gefahr der Tumorzellenaussaat               |       |
| 4) Fistelbildung                               |       |
| 5) Intraoperativer Schnellschnitt              |       |
| E) Erfahrungen der Erlanger Universitätsklinik | 22    |
| F) Kritische Betrachtung und Schlußfolgerung   | 24    |
| G) Zusammenfassung                             | 26    |

"Wir sollten gewisse Bücher mehrmals lesen, ehe wir darüber sprechen. Etwa einmal im Winter, einmal im Sommer - und manche noch in ganz anderen Intervallen. Was wir dann über sie zu sagen hätten, würde vermutlich ebensovielmal besser sein.... Und uns selbst würde solche Selbstzucht nicht nur zu besseren Lesern sondern zugleich zu besseren Menschen machen."

Christian Morgenstern

### Problemstellung:

Eine praeoperative Probeexcision ist bei Tumoren sicher grundsätzlich berechtigt, doch gilt diese chirurgische Gepflogenheit bei Parotistumoren aus verschiedenen Gründen nicht ohne Einschränkung. Die Problematik der Probeexcision bei Parotistumoren wird im folgenden anhand der Erfahrungen an der Erlanger Universitäts-HNO-Klinik unter Berücksichtigung der diesbezüglichen Literatur erörtert. Es soll dargelegt werden, daß man bei gut abgrenzbaren Tumoren der Parotis besser auf die praeoperative Probeexcision verzichtet.

### Anatomie und Physiologie:

Die Parotis liegt teils auf dem M.masseter, teils in der Fossa retromandibularis. Sie ist die größte der Mundspeicheldrüsen. Funktionell hat sie mit dem Ohr nichts zu tun. Lediglich ihrer Nachbarschaft zum Ohr hat sie ihren Namen zu verdanken (VOSS, HERRLINGER). Die Größe der Parotis ist unterschiedlich und individuell sehr verschieden. MÜLLER untersuchte 1965 einhundert Parotiden und fand ein mittleres Gesamtgewicht von 20,51 g. Die Gewichte bewegten sich zwischen den Extremen von 10,2 g bzw. 42,5 g. Andere Autoren (HEULE, ROUVIERE, RAUCH) geben 22,5 - 30 g als Durchschnittsgewicht an. Bei keinem Autor ließen sich Zusammenhänge zwischen Drüsengröße und Alter, Geschlecht oder Grundleiden finden. Die Form schwankt zwischen länglich oval bis dreieckig. Außenfläche und Umriß sind jedoch von geringerer chirurgischer Bedeutung als der mediale Fortsatz. Die Organe in der Umgebung sind härter und drücken Impressionen ein: Der Hinterrand des Unterkiefers, der Proc.mastoideus, der M.sternocleidomastoideus

und der knorpelige Gehörgang.

Angelsächsische und französische Autoren stellen neben der Zweilappigkeit der Parotis die ebenso wichtige Tatsache fest, daß der Fazialis zwischen beiden Lappen und nicht im Drüsenparenchym verläuft (ANSON, BAILEY, McCORMACK, ROUVIERE). Es gibt nach dieser Meinung immer einen oberflächlichen und einen tiefen Lappen (Lobus superficialis und Lobus profundus), wobei der Lobus profundus kleiner ist. Beide Lappen stehen durch einen Isthmus miteinander H-förmig in Verbindung. Zwischen diesen beiden Lappen bilden sich die Äste des Fazialis fächerartig aus. BAILEY verglich dies 1948 folgendermaßen: "The facialis nerve might be regarded as the meat within a parotid sandwich". ROUVIERE meint, der Fazialis würde in einem "fibrozellulären Spalt" verlaufen, der die Drüse in einen oberflächlichen und einen tiefen Lappen teilt.

Wenn auch das Eingehen auf die Anatomie und das Aufzeigen von vielleicht nur scheinbaren Unterschieden in der Literatur zu ausführlich erscheinen mag, so ist

darauf hinzuweisen, daß es wichtig erscheint, den Verlauf des Fazialis genau zu kennen, um bei eventuellen Probeexcisionen und Parotisekstirpationen Verletzungen dieses Nerves zu vermeiden.

In der deutschsprachigen Literatur (BENNINGHOF, WALDEYER, RAUBER-KOPSCH, SPALTEHOLZ, VOSS-HERRLINGER, HAFFERL, SOBOTTA-BECHER, PERNKOPF) wird lediglich ein Kopf- und ein Halsteil der Drüse beschrieben, wobei der Halsteil unmittelbar aus dem Kopfteil direkt nach unten hervorgehe. Von zwei ausgesprochenen Lappen ist nirgends die Rede. Lediglich SOBOTTA-BECHER berichten von einem vorderen Teil der Parotis, der pars superficialis und stellen ihm einen hinteren Teil, die pars profunda, gegenüber, wobei letztere die Hauptmasse des Organes darstellen soll. Auch die topographischen Zusammenhänge zwischen Fazialis und Ohrspeicheldrüse werden anders geschildert. Es wird gelehrt, daß der Nerv nach dem Verlassen des Foramen stylomastoideum durch das Drüsenparenchym ziehe und sich in ihm in seine Äste aufteile und sich im Drüsengewebe durch weitere Auf-

teilung des plexus parotideus bilde. Die Annahme dieser Anschauung ist zweifellos die Ursache für die Besorgnis und Zurückhaltung im Hinblick auf das Ausmaß und die Radikalität einer operativen Therapie gewisser Parotistumore.

Die Drüse ist wegen ihrer Weichheit normalerweise nicht zu tasten. Sie ist makroskopisch von feinlappiger Beschaffenheit. Sie ist eine rein seröse Drüse, deren Endstücke als azinös bezeichnet werden. Sie liefert einen dünnflüssigen, nicht fadenziehenden Speichel. Man findet mikroskopisch dünne Sekretkanälchen, die zwischen die Drüsenzellen eindringen, die interzellulären Sekretkanälchen. Der entstehende Speichel ist reich an Ptyalin und enthält kein Muzin. VOSS und HERRLINGER bezeichnen ihn als Spülspeichel.

Im Gegensatz zu diesen weitverbreiteten Ansichten haben die eingehenden Untersuchungen von BOHME folgendes ergeben: Eine Unterteilung des Organes in Lappen liegt nicht vor. Es findet sich kein Anhalt für eine umschriebene Parenchymbrücke zwischen medialer und lateraler

Drüsenportion. Eine zusammenhängende bindegewebige Trennschicht, in die die Fazialisäste eingelagert sind, läßt sich nicht feststellen. Weiter gibt BÖHME an, daß die Parotis in der Vertikalrichtung ihre größte Ausdehnung habe, und der Jochbogen von ihr nach oben nie überschritten werde. Ein mehr oder weniger großer Fortsatz nach kaudal sei stets nachweisbar. Diese neuen und eingehenden Studien von BÖHME über die Parotisanatomie revidieren die bisherigen Anschauungen über die Zweilappigkeit der Drüse, die sich tatsächlich nicht in der Weise erkennen läßt, wie sie auf Grund der früheren Beschreibungen zu erwarten wäre.

### Tumoren der Parotis:

Generell unterscheidet man benigne und maligne Tumoren. Auch hier gibt es Zwischenstufen, semimaligne bzw. fakultativ bösartige Tumoren. Zeichen einer Malignität sind meistens eine rasche Größenzunahme innerhalb weniger Monate, Metastasen, Fazialisparese, Schmerzen, Fixierung des Tumors an Haut oder Unterlage. Lymphknoten, die in der Halsgefäßloge tastbar sind, müssen nicht unbedingt Metastasen sein. Daher sind sie kein Indiz für Malignität. Nach der Virchowschen Cellularpathologie betrachtet man eine Gewebswucherung als Geschwulst, wenn es sich um einen umschriebenen autonomen Wachstumsexzeß von Zellen des Organismus handelt.

Bei Geschwülsten in der Parotis handelt es sich meistens um epitheliale Tumoren. Ein rein epithelialer, in der Parotis nur selten vorkommender Tumor ist das Adenom. Es handelt sich um gutartige, fast nur aus Epithelien zusammengesetzte Neubildungen. Es sind bräunlich gefärbte Gebilde, weich, gut abgrenzbar und im oberen Drüsenlappen von vorwiegend glatter

Oberfläche.

Adenome wachsen langsam und verdrängend unter Umständen bis zur Größe eines Apfels. Eine Sonderform des Adenoms ist das Cystadenoma papilliferum. Es wächst langsam, kann aber bei einer sich einstellenden Entzündung auch einmal rascher eine Größenzunahme zeigen. Um die Geschwulst findet sich eine unterschiedlich dicke

Kapsel.

Ähnlich hierzu ist das Cystadenolymphoma papilliferum oder auch einfach Adenolymphom genannt. Diese Geschwülste machen nur ca. 3 % der Speicheldrüsentumoren aus.

Es handelt sich um rundliche bis ovale Gebilde von weicher Konsistenz. Eine Kapsel aus Bindegewebe, die aber stellenweise fehlen kann, umgibt die Geschwulst. Die Oberfläche erscheint glatt und an manchen Stellen vorgewölbt. Das Wachstum ist auch hier, abgesehen von Begleitentzündungen langsam. Bei Männern findet sich eine derartige Geschwulst etwa siebenmal häufiger als bei Frauen.

Eine weitere Variante des Adenoms ist das Oncocytom.

Man versteht darunter ein acidophiles oder eosinophiles Adenom. Dies ist eine seltene Form in der Parotis, an der nach HAMPERL Frauen fast doppelt so häufig wie Männer erkranken. Auch Oncocytome wachsen langsam als abgekapselte Gebilde. Allgemein findet man sie in die Klasse der gutartigen Tumoren eingeordnet, solange sie langsam wachsen. Setzt plötzlich rasches Wachstum ein, kann man sicher sein, daß die Geschwulst ihren Charakter gewandelt hat.

Der Mucoepidermoidtumor manifestiert sich als abgegrenztes oder auch diffus im Parenchym sich ausbreitendes Gewächs. Diese Tumoren treten knotenförmig auf und besitzen eine Kapsel, die allerdings auch stellenweise fehlen kann. Generell halten die Autoren den Mucoepidermoidtumor etwa zu 50 % für bösartig. Die einen sehen in ihm immer ein Malignom mit nur unterschiedlichem Reifegrad, andere halten ihn für benigne oder semimaligne mit einer allerdings hohen Quote zur Cancerisierung. Auch neigt die maligne Form zur Bildung von Rezidiven und Fernmetastasen in Skelett, Gehirn und Lunge.

Bei den oben erwähnten Tumoren ist es oft schwer, prognostisch deren Gut- oder Bösartigkeit zu beurteilen. Den Fall einer semimalignen Neubildung treffen wir bei der Mischgeschwulst an. In der jüngeren Fachliteratur findet sich auch oft der Name "pleomorphes Adenom". Bei diesen Geschwülsten handelt es sich um die histologisch wohl interessantesten und auch vielschichtigsten Tumoren des menschlichen Körpers. Die Genese war lange umstritten, heute haben sich aber junge Autoren durchgesetzt, welche die Mischgeschwülste für epitheliale Neubildungen halten (WILLIS 1953, LANGER 1958, RAUCH 1959). Zahlenmäßig überwiegen in der Parotis die pleomorphen Adenome bei weitem. Die benignen Geschwülste der Ohrspeicheldrüse wachsen generell sehr langsam. Mit der Zeit entsteht an der Parotis eine leichte Vorwölbung der Haut. Ein untersuchender Arzt unterschätzt auf Grund der Inspektion und Palpation leicht die Größe eines Tumors. Ein Teil (etwa 20 %) der pleomorphen Adenome wandelt sich in Malignome um, allerdings ist die Quote kleiner

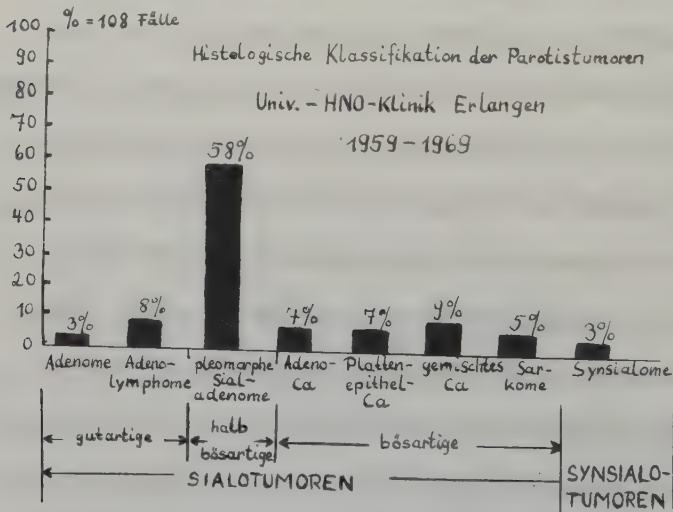
als bei den Mucoepidermoidtumoren. Mit einer Veränderung im Sinne einer Verkrebsung in Richtung des Carcinoms gehen Fazialisparese und Schmerzen einher. Auch kann man bei malignen Mischgeschwülsten ein rasches Wachstum der Knoten und eine Vergrößerung der Halslymphknoten beobachten.

Das Parotiscylindrom imitiert oft den Misch tumor. Die Symptome unterscheiden sich aber gelegentlich insofern, als Patienten mit einem Cylindrom über vage Schmerzen, Paraesthesien und eine leichte Fazialisparese klagen. Dies ist bei der Mischgeschwulst gewöhnlich nicht der Fall. Bis zum Tode eines Patienten kann der Histopathologe das anatomische Substrat eines benignen Tumors finden. Das Cylindrom stellt ein Muster der Tumoren dar, deren klinisches und morphologisches Verhalten auch entgegengesetzt sein kann. Von einem ganz bestimmten Stadium ab soll dieses Gewächs die ausgesprochene Neigung zeigen, zu rezidivieren. Es kommt zu einer unabwehrbaren Aussaat im ganzen Körper und zu einem schrankenlosen Wachstum des Lokalrezidivs. GALLETTI gibt die

Möglichkeit einer Abstammung von persistierenden embryonalen Zellen an. Wahrscheinlich trifft die Ansicht von ALBERTINI zu, der für eine Herkunft von Epithelien der Parotis plädiert, wobei es offen bleibt, ob die Epithelien des Ausführungsganges oder des Acinus der Parotis als Vorbild zu betrachten sind. Manche Patienten haben einen vollkommen abgekapselten Tumor, der inmitten der Parotis liegt. Nach Durchschneiden des Gewebes erkennt man in der Peripherie eine dicke Kapsel, der nach innen ein Mantel aus Geschwulstgewebe folgt. Der innerste Kern besteht oft nur aus einem Hohlraum. Es gibt aber auch Patienten, bei denen eine feste Verbindung des Cylindroms in der Parotis mit dem Gewebe der Ohrspeicheldrüse auffällt. Mischtumoren dagegen pflegen locker und gut abgegrenzt im gesunden Parotisparenchym eingebettet zu sein. Schließlich seien noch Patienten erwähnt, deren Cylindrom nur stellenweise oder gar nicht abgekapselt ist. Ihr Gewebe verhält sich ähnlich wie ein Carcinom.

Die bösartigsten Tumoren sind die Parotiscarcinome. Der Prozeß der Cancerisierung setzt gewöhn-

lich mit einer rasch sich vergrößernden Infiltration des Drüsengewebes ein. Tauchen Metastasen am Hals auf, und klagt der Patient über Schmerzen und eine progressive Fazialisparese, so ist die Bösartigkeit des Tumors offensichtlich. Die in der Parotis vorkommenden Carcinome sind das Acinuszellen- und das Mucoepidermoidcarcinom, sowie das Plattenepithelcarcinom und Varianten des Adenocarcinoms. Sarkome wurden in 5 % der Fälle gefunden.



### Diagnosestellung:

Sialome können durch Anamnese, Palpation, Sialographie und histologische Untersuchung diagnostiziert werden. Die Parotistumoren besitzen zahlreiche durch Wachstumstendenzen, Schmerzen und durch das Verhalten gegenüber dem N.fazialis bestimmte Merkmale, die zu aufschlußreichen Kriterien der Diagnostik werden. Zusammen mit einer eingehenden Anamnese ergibt diese Symptomatik diagnostisch verwertbare Hinweise.

Die Sialographie hat ihren festen Platz in der Diagnostik von Sialomen. Sie soll stets in zwei Ebenen durchgeführt werden. Füllungsdefekte und unregelmäßige Ausparungen weisen auf Tumoren hin. Sie erlauben jedoch keine Aussage über die eventuelle Malignität eines Tumors. Wenn auch die Sialographie - in den letzten Jahren technisch vervollkommenet - manchen Aufschluß geben kann, so darf man ihre Bedeutung hinsichtlich der Tumordiagnostik nicht überschätzen. Die Kontrastdarstellung des Gangsystems ist zweifellos wertvoll für die Lokalisation von verdrängenden oder verlegenden

Neubildungen. Die Frage nach der Art des Tumors kann nicht beantwortet werden. Nach MEHMKE lassen sich allerdings mit Hilfe der "schnellen" und "langsamen" Serialsialographie mit qualitativer Staffellung des Kontrastmittels gutartige von bösartigen Tumoren der Parotis unterscheiden. Diese Methode soll sich bisher für die Abgrenzung eines mit einer Kapsel versehenen gutartigen oder relativ gutartigen Tumors von einem nicht gekapselten malignen Tumor bewährt haben.

### Problematik der Probeexcision:

Man erwartet von der Probeexcision im allgemeinen die Sicherung der Diagnose. Hiernach richtet sich auch die Therapie und die Prognose. Es gibt aber manche Gründe, die es ratsam erscheinen lassen, von einer Probeexcision aus einem Tumor der Ohrspeicheldrüse Abstand zu nehmen. Sicher gibt es verschiedene Methoden, die feingewebliche Diagnose von Parotistumoren zu stellen. Aber es gibt hierbei keine Methode der Wahl. REDON und DIAMANT zum Beispiel treten für die Biopsie (dry biopsy) mit scharf geschliffener Nadel und Aspiration ein. Man kommt nicht umhin zuzugeben, daß diese Methode recht einfach ist, doch bringt auch dieses Verfahren noch Gefahren mit sich. Eine ähnliche Methode besteht in der Ausstanzung von Drüsenzellen mittels einem rotierenden Zylinder. RAUCH glaubt mit folgender Methode bei Parotisbiopsien kein Risiko einzugehen. Er exzidiert nach einem praeauriculären Hautschnitt von der Haargrenze bis zum Lobulus und loslösen der Parotis vom Gehörgangsknorpel ein oberflächliches Stück aus der Drüse. Man kann sich jedoch

nicht absolut darauf verlassen, daß die Fazialisäste immer medial vom Tumor verlaufen. Gelegentlich sind sie bis unter die Haut verdrängt. Es gibt kein absolut sicheres Vorgehen zur Schonung der Fazialisäste, sofern man sich auf kleine Flächen wie bei Probeexcisionen beschränkt.

Alle Arten der Probeexcision bei Parotistumoren sind problematisch, da wesentliche Gründe gegen einen derartigen Eingriff sprechen. Die Hauptursachen, die dazu führen, meist von einer Probeexcision Abstand zu nehmen, sind:

#### 1. Verletzung des N.fazialis.

Praeoperativ kann man die Lage eines Tumors im großen und ganzen gut bestimmen, seine Lage zum Fazialis kann nur vermutet werden. Gute Abgrenzbarkeit und Beweglichkeit besagen nicht immer, daß der Tumor unter der Haut liegt. Bei einem unmittelbar unter der Haut liegenden Tumor wäre es relativ einfach, diesen zur Klärung seines Charakters durch eine Gewebsentnahme anzugehen. Da die Tumoren noch allseits von Parotisgewebe umgeben

sind, riskiert man bei einem mehr oder weniger "blinden" Schnitt zum Zwecke der Probeexcision eine Fazialisschädigung, da der Verlauf des N.fazialis, wie eingangs schon erwähnt, nicht vorherzubestimmen ist, zumal sich durch das Vorhandensein von Tumoren in der Parotis die Topographie des N.fazialis beträchtlich verändern kann.

## 2. Unzureichendes Biopsiematerial.

Der gerade beim Misch tumor augenfällige Wechsel der histologischen Struktur innerhalb kleiner Gewebsbezirke läßt die sichere Erkennung aus einzelnen Zellen oder winzigen Gewebszylindern weitgehend vom Zufall abhängen. Noch unsicherer wird die Aussage, wenn entschieden werden soll, ob ein Misch tumor gutartig oder bösartig ist. Nicht nur diese Tumoren setzen sich je nach Zone aus sehr unterschiedlichen Strukturen zusammen. Deshalb wird nicht immer das charakteristische Gewebe erfaßt. Es ist also nicht angebracht, wegen einer doch unsicheren Diagnosestellung das Risiko einer Probeexcision einzugehen. SOROKIN zum Beispiel erhielt bei 15 ent-

arteten Adenomen mit der Punktionsmethode nur siebenmal eine richtige Diagnose, also weniger als 50 %. Sind nur die Lymphknoten der Parotis pathologisch verändert, so kann dies bei einer Probeexcision häufig irreführend sein. Eine Lymphknotenvergrößerung kann den unbegründeten Verdacht eines Parotistumors erwecken. Die subparotidealen Lymphknoten können bei ihrem Wachstum die Ohrspeicheldrüse gleichsam vor sich herschieben und während die oberflächliche Probeexcision ein unverändertes Parotisgewebe ergibt, kann sich in der Tiefe subparotideal eine schwere pathologische Veränderung verbergen.

### 3. Gefahr der Tumorzellenaussaat.

Unabhängig von der Art der durchgeführten Probeexcision besteht die Möglichkeit durch den Stichkanal oder den Einschnitt Geschwulstteile in die unmittelbare Umgebung zu verschleppen. Auch kann es zu einer **Zell**verschleppung durch die Blutbahn kommen und somit die Gefahr von Metastasen heraufbeschwören, insbesondere bei Cylindromen.

#### 4. Fistelbildung.

Besitzt ein Tumor schon erweichte und nekrotische Herde, dann ist die Gefahr der Fistelbildung nach einer Probeexcision besonders groß. Der jeweilige Zustand eines Tumors ist aber nicht vorherzubestimmen. Da man eine Probeexcisionsstelle wie eine Fistel zu behandeln hat und die umgebende Haut mit zu excidieren ist, werden die Verhältnisse für einen primären Wundverschluß ungünstig und führen letztlich auch zu einem unbefriedigenden kosmetischen Ergebnis. Die Wunde der Probeexcision kann bei einer späteren eigentlichen Operation ein Störmoment bilden, selbst wenn man ihr völliges Abheilen abwartet.

#### 5. Intraoperativer Schnellschnitt.

Bei gut abgrenzbaren Tumoren erübrigt sich der intraoperative Schnellschnitt, denn das histologische Ergebnis beeinflusst den Ablauf der Operation in keiner Weise. Dies gilt nicht für maligne Tumoren, die sich in der Regel durch die Symptomatik vermuten lassen.

### Erfahrungen der Erlanger Universitätsklinik:

Die meisten Autoren und damit die meisten Operateure lehnen aus den erwähnten Gründen eine praeoperative Probeexcision ab, wenn sie auch hie und da begründete Ausnahmen gestatten. An der HNO-Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg wird bei gut abgrenzbaren und gut verschieblichen Tumoren keine Probeexcision gemacht. Als Ausnahme gelten Sialosen und maligne Tumoren. In dem Dezennium 1960-1969 wurde bei 108 Patienten wegen eines Tumors die Parotdektomie zum Teil mit Entfernung des Nachbargewebes, Unterkieferresection oder eine Neckdissection durchgeführt. 66 der Patienten waren Frauen. Dies entspricht anteilmäßig 61,1 %. Das Alter der Operierten bewegte sich zwischen 19 und 82 Jahren. Natürlich wurden auch Parotisabszesse eröffnet, bzw. incidiert, Lymphknotenresektionen im Kieferwinkelbereich und Parotisteilresektionen bei z.B. einem Ohrmuschelcarcinom durchgeführt. Vereinzelt wurden in Erlangen auch Probeexcisionen vorgenommen, vor allem zu Beginn der 60er Jahre. In den beiden letzten Jahren wurde

in Erlangen bei Tumoren keine einzige Probeexcision  
mehr durchgeführt.

Kritische Betrachtung und Schlußfolgerung:

Eine Probeexcision aus der Parotis ist nur bei Verdacht auf das Vorliegen einer chronischen Entzündung, einer Sarkoidose oder einer degenerativen Erkrankung gerechtfertigt. Stellt man einen gut verschieblichen, indolenten Tumor ohne Parese fest, der schon längere Zeit vorhanden ist, so wird es sich wahrscheinlich um ein pleomorphes Adenom handeln.

Bei Abwägung aller Umstände ergibt sich, daß bei einer Probeexcision zur diagnostischen Klärung eines gutverschieblichen Parotistumors die Nachteile eines solchen Eingriffes überwiegen. Die Ansicht, primär eine Teil- bzw. Totalresektion durchzuführen und auf eine praeoperative histologische Diagnose zu verzichten, ist also berechtigt. Ob eine Parotisvergrößerung eine echte oder eine Pseudogeschwulst darstellt, ob sie bösartig ist oder nicht, läßt sich vor der Operation auch mit Hilfe einer Probeexcision nicht immer sicher feststellen.

Konservativem Verhalten bei Parotisvergrößerungen kann man bei Ablehnung der Operation durch den Patienten nur

dann zustimmen, wenn eine geringfügige, umschriebene und über längere Zeit unveränderte Organvergrößerung vorliegt, wenn also die Veränderung weder die Parotiskfunktion, noch die Funktion des N.fazialis gefährdet. In sämtlichen anderen Fällen ist unter Schonung des N.fazialis eine Teil- bzw. Totalresektion der Parotis durchzuführen.

Zusammenfassung:

Bei der chirurgischen Behandlung von umschriebenen Tumoren ist eine vorangehende Probeexcision nicht erwünscht, da sie stets den N.fazialis mehr oder minder gefährdet, für die folgende Operation die Bedingungen einer glatten Heilung verschlechtert und der Ablauf der Operation in der Regel durch das histologische Ergebnis nicht beeinflußt wird. Im übrigen sollten Geschwülste auch mit nicht eindeutig malignem Charakter aus der Parotis entfernt werden. Durch das stetige Wachstum einer Geschwulst wird gesundes Gewebe verdrängt oder durchsetzt und somit die Funktion der Parotis eingeschränkt. Dies kann soweit gehen, daß das spezifische Drüsenparenchym atrophiert.

# L i t e r a t u r

- v. ALBERTINI, A.: Das Malignitätsproblem in histologisch-zytologischer Betrachtung  
Verh.dtsch.path.Ges. 35,54 (1951)
- BECKER, W. : Erkrankungen der Speicheldrüsen, einschließlich Tumoren, jedoch ausschließlich Fazialischirurgie  
In Berendes, Link u. Zöllner Bd. 2, S. 348 Thieme, Stuttgart 1964
- BIRNMEYER, G. : Diagnostische Probleme in der Parotischirurgie  
Z. Laryng.Rhinol.Otol. 49,88 (1970)
- BOHME, P.E. : Die Parotischirurgie und ihre morphologischen Grundlagen  
Thieme, Stuttgart 1966
- " : Rezidivoperationen bei Geschwülsten der Speicheldrüsen  
Chir.Prax. 6,381 (1962)
- DENECKE, H.J. : Zur Chirurgie der Parotiserkrankungen unter Berücksichtigung des N.fazialis  
Z. Laryng.Rhinol.Otol. 37,403 (1958)
- ENEROTH, C.M. : Zur Frage der Semimalignität bei Mischtumoren der großen Speicheldrüsen  
Arch.Ohr.-Nas.-u.Kehlk.-Heilk. 184,430 (1962)
- " : Oncocytoma of major salivary glands  
J. Laryng. 79,1064 (1965)
- FINDRISSEN, L. : Zur Pathologie und Klinik der Geschwülste der Ohrspeicheldrüse  
Dtsch. Z. chir. 248,590 (1937)
- GÜNNEL, F. : Zur fakultativen Malignität der Cylindrome und Parotismischumoren  
Arch.Ohr.-Nas.-u.Kehlk.-Heilk. 170,1 (1956)

- GÜNNEL, F. : Über das Verhalten der Kapsel bei  
Geschwülsten der Ohrspeicheldrüse  
Arch.Ohr.-Nas.-u.Kehlk.-Heilk.  
178,291 (1961)
- HELLNER, H. : Die Behandlung der Parotidgeschwül-  
ste  
Chirurg. 33,152 (1962)
- " : Geschwülste der Ohrspeicheldrüsen  
und ihre Behandlung  
Klin.Z.Greifswald 11,185 (1952)
- HOFFERL, : Lehrbuch der topographischen  
Anatomie  
Springer, Berlin 1957
- JASPER, A. : Parotidektomie und die Frage der  
Probeexcision  
Arch.klin.exp.Ohr.-Nas.-u.Kehlk.-  
Heilk. 194,313 (1969)
- LÜSCHNER, E. : Zur Behandlung der Parotistumoren  
Schweiz.med.Wschr. 93,207 (1963)
- MAVEL, P.  
ENEROTH, C.M.  
FRANZEN, S. et al.: Aspirationbiopsy of salivary  
gland tumors  
Acta oto-laryng. Stockh. 58,471  
(1964)
- MEHMKE, S. : Eine neue Methode zur Diagnostik  
von Parotistumoren  
Z. Laryng.Rhinol.Otol. 44,696 (1965)
- " : Über einige Probleme der Parotis-  
chirurgie  
Z. Laryng.Rhinol.Otol. 40,612 (1961)
- Mc.CORMACK  
CAULDWELL, E.W.  
and son : The surgical anatomy of the facial  
nerve with special reference to  
the parotid gland  
Surg.Gynec.Obstet 80 (1945)
- MIEHLKE, A. : Die Chirurgie des Nervus facialis  
Urban Schwarzenberg, München 1960

- MOSER, F. : Zur operativen Behandlung der Parotis-  
geschwülste  
Z. Laryng.Rhinol.Otol. 33,195 (1954)
- NAUMANN, H.H. : Parotisgeschwülste und ihre Behandlung  
Münch.Med.Wochenschrift 19,1001 (1959)
- NISSEN, R. : Zur klinischen Beurteilung der Parotis-  
mischstumoren  
Chir.Prax. 333 (1957)
- PERNKOPF, E. : Topographische Anatomie des Menschen  
Urban Schwarzenberg, München 1952
- RAUCH, S. : Die Speicheldrüsen des Menschen  
Thieme, Stuttgart 1959
- " : Die pleomorphen Adenome und die  
Fragwürdigkeit ihrer plurifakalen  
Genese  
Pract.oto-rhino-laryng. 21,159 (1959)
- RAUBER-KOPSCH : Lehrbuch und Atlas der Anatomie des  
Menschen  
Thieme, Stuttgart 1954
- REDON, H. : Le traitement des tumeurs de la  
parotide  
Fortsch. Kiefer-u. Gesichtschirurg.  
3,206 (1957)
- ROUVIERE : Anatomie humaine  
VI. Ausg. Paris
- SLAUGHTER, D.F.  
SOUTHWICK, H.W.  
u. WALTER, L. : The fate of recurrent or persistent  
parotid tumors  
Surg.Obstet. 46,535 (1953)
- SOBOTTA-BECHER : Atlas der deskriptiven Anatomie des  
Menschen  
Urban Schwarzenberg, München 1964
- SPALTEHOLZ, W. : Handatlas und Lehrbuch der Anatomie  
des Menschen  
Teil II, Hirzel 1954

STEWART, F.W.

FOOTE, F.W.

BECKER, W.F. : Mucoepidermoid tumors of salivary  
glands  
Ann.Surg. 122,20 (1945)

UNGERECHT, K. : Zur Indikation und Technik der  
operativen Behandlung von Parotis-  
geschwülsten  
Z. Laryng.Rhinol.Otol. 36,371 (1957)

VOSS-HERRLINGER: Taschenbuch der Anatomie  
VEB Gustav Fischer, Jena 1964

Operationsbücher, Tumorkarten, Histologiebücher und  
Krankengeschichten aus der Universitäts-HNO-Klinik  
Erlangen-Nürnberg

## LEBENS LAUF

Am 13. Mai 1942 wurde ich als erstes Kind des Arztes Dr. Georg Wüstmann und seiner Frau Ilse, geb. Hoffmann in Kolberg/Pommern geboren. Nach der Flucht aus den deutschen Ostgebieten kam ich nach Rothenburg ob der Tauber, das zu meiner zweiten Heimat wurde. Dort besuchte ich ab 1949 die Volksschule und die ersten sechs Jahre des Gymnasiums. Dann zog ich nach Koblenz zu meinem Onkel, wo ich 1963 am Staatl. Neusprachlichen Gymnasium das Abitur bestand. Die Wehrpflicht - die ich mit dem Dienstgrad eines Leutnants der Reserve abschloß - leistete ich nach dem Abitur ab.

Seit 1964 studierte ich in Erlangen Humanmedizin. Im WS 70/71 bestand ich mein Staatsexamen. Zur Zeit bin ich Medizinalassistent in dem Krankenhaus "Martha - Maria" in Nürnberg.











---

Buchdruckerei Ludwig Müller Erlangen Fahrstraße 5